

1 - Registro ANS 3 6 6 2 3 4		3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
Dados do Beneficiário																			
7 - Número da Carteira				8 - Nome				9 - Idade		10 - Sexo									
Dados do Profissional Solicitante																			
11 - Nome do Profissional Solicitante				12 - Telefone		13 - E-mail													
Diagnóstico Oncológico																			
14 - Data do diagnóstico		15 - CID 10 Principal (Opcional)		16 - CID 10 (2) (Opcional)		17 - CID 10 (3) (Opcional)		18 - CID 10 (4) (Opcional)		19 - Diagnóstico por Imagem		20 - Estadiamento		21 - ECOG		22 - Finalidade			
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico										Tratamentos Anteriores									
24 - Informações relevantes										25 - Cirurgia									
										26 - Data da Realização									
										27 - Quimioterapia									
29 - Número de Campos										30 - Dose por dia (em Gy)		31 - Dose Total (em Gy)		32 - Número de Dias		33 - Data Prevista para Início da Administração		28 - Data da Aplicação	
34 - Observação/Justificativa										35 - Data da Solicitação		36 - Assinatura do Profissional Solicitante				37 - Assinatura do Autorizador da Operadora			